Rok XXVIII. Kraków, 17 Sierpnia 1889. Nr. 33.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Redakcyja:
Na Podwale (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Peres. wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Peres.

Rękopismy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1\frac{1}{2}$ „	„ $3\frac{1}{2}$ „	„ 6 „

I. Uwagi nad recydywą bólu twarzowego po newrektomijach jednéj z gałęzi nerwu trójdzielnego.

Podał
Prof. Dr. Alfred Obaliński.

Rezultaty osiągane przez wycięcie nerwów czulnych w ogóle, a pojedyńczych gałęzi nerwu trójdzielnego w szczególności, są tak jeszcze niepewne i nietrwałe, metody operacyjne w tych celach używane tak jeszcze nie ustalone, a zachowanie się części ciała przez te nerwy zaopatrywanych po wycięciu tychże tak różnorodne, że każdy przyczynek na tem polu a osobliwie taki, który niejakie światło w ciemnéj téj sprawie roznieca, pożądanym być powinien.

Józef S., wieśniak obecnie lat 62 liczący, przybył po raz pierwszy na oddział chirurgiczny szpitala św. Łazarza w r. 1881 w styczniu, a więc licząc podówczas lat 53, z powodu nerwobólu rozszerzającego się w policzku prawym w szczęce górnéj i prawéj połowie wargi górnéj. Bóle te wzięły początek od uderzenia kopytem końskiem w prawy policzek, czego ślady utrzymują się w postaci staréj, nieregularnéj blizny w okolicy kąta ust prawego, były z początku t. j. przed 20 laty słabemi i rzadko powracającemi, wzmogły się jednak w ostatnim roku tak dalece, że pacyjent jest na wszystko zdecydowanym, byleby się pozbyć mógł owych strasznych a często powracających napadów bólu.

W dniu 24-go stycznia 1881 r. wykonałem newrektomiję drugiéj gałęzi n. trójdzielnego sposobem W a g n e r a, przyczem wydobyłem nieco nad 1 ctm. nerwu z kanału podoczodołowego. W miesiąc późniéj opuścił S. zakład niezmiernie uszczęśliwiony, gdyż mała ranka zagoiła się linijkowato, a bóle zniknęły bez śladu.

W dniu 23-go października 1882 roku, a więc w rok i 9 miesięcy po operacyi, zjawia się S. znowu na moim oddziale i opowiada, że przez cały rok był wolnym od bólów, a że obecnie doznaje ich znowu, lecz w znacznie słabszem nasileniu, niż przed operacyją.

Dnia 2-go lipca 1883, a więc w półtrzecia roku po operacyi, zgłasza się do tutejszéj kliniki chirurgicznéj ze skargą na bóle równie silnie i tak często występujące, jak przed operacyją. Podówczas otworzono mu bliznę po pierwszéj operacyi i przypalono koniec nerwu w głębi kanału termokauterem. Ulga po tem była nieznaczną, tylko napady nieco rzadziéj występowały i oko nie łzawiło.

W trzy miesiące później wróciły bóle do dawnego nasilenia i dawniejszéj częstości tak, że prof. M i k u l i c z czuł się zniewolonym w dniu 16-go stycznia 1884, a więc prawie w trzy lata po pierwszéj operacyi wykonać czasową resekcyję szczęki górnéj według metody L a n g e n b e c k a i w ten sposób odszukać resztę (2 ctm.) nerwu i odciąć go przy samym otworze okrągłym. Rana zagoiła się prędko a bóle ustały zupełnie. Stan ten trwał przeszło rok, poczem znowu zaczęły się pojawiać bóle w napadach z początku słabych i rzadkich, lecz późniéj coraz silniejszych i częstszych. W trzy lata po ostatniéj operacyi, albowiem w lecie r. 1887, zgłosił się S. znowu do kliniki z powodu gwałtownych napadów nerwobólu, skutkiem czego przedsięwziął Doc. T r z e b i c k y operacyję L ü c k e g o z modyfikacyją B r a u n a - L o s s e n a. Nie mogąc się dostać wygodnie do szczeliny skrzydło-szczękowéj dodał T. ostatecznie z operacyi K r ö n l e i n a odpiłowanie wyrostka wroniastego, poczem mógł się dostać do zamierzonego celu i miał wydobyć kawałek do nerwu podobny i przy zbadaniu pod drobnowidem utkanie nerwu wykazujący [1]).

Skutek téj ostatniéj operacyi był prawie żaden, albowiem bóle wkrótce po niéj występowały z tą samą gwałtownością i częstością, jak poprzednio, a przybyła nadto jeszcze ta niekorzyść, że wyrobiło się zwarcie szczęk po stronie operowanéj, tak, że i odżywianie stało się utrudnionem.

[1]) Ostatnie szczegóły zawdzięczam ustnemu doniesieniu Doc. Dra Trzebickyego — powyższe zaś zaczerpnąłem z historyi choroby dostarczonéj mi na zlecenie prof. Rydygiera przez asystenta Dra Bossowskiego, za co wszystkim tym kolegom niniejszem podziękowanie składam.

Przy tęj sposobności muszę nadmienić, że już po raz drugi postrzegam stężenie stawu po resekcyi wyrostka wroniastego (czyli operacyi Krönleina) okoliczność bardzo przeciw tęj metodzie przemawiającą.

W czerwcu 1889 r. a więc w 8½ roku po pierwszéj operacyi powrócił gwałtownémi bólami znękany pacyjent znowu do mnie, a wywiady i badanie wykazały co następuje:

Bóle w prawym policzku i w prawéj połowie górnéj wargi są tak gwałtowne i tak częste, że chory zgadza się na najcięższą operacyję, byle tylko od nich się uwolnić. Ucisk na wargę lub w okolicy otworu podoczodołowego prawego wywoływa natychmiast napad bólu, który nie występuje, jeżeli się uciska na szczękę dolną, albo nad oczodołem prawym.

Policzek prawy pokryty jest całym systemem blizn w różnych kierunkach sie rozchodzących i połączonych z bliznami na prawéj połowie wargi górnéj się znajdującemi. Szczęka dolna nie wykonywa żadnych ruchów, dla tego żucie pokarmów jest zupełnie niemożebnem, a pożywienie przeważnie płynne dostaje się do jamy ustnéj tylko przez szparę powstałą wskutek braku zębów trzonowych pierwszych lewych. Wobec tych stosunków nie pozostawało mi nic innego, jak następujący plan operacyjny w niniejszym przypadku obmyśleć, a mianowicie: najprzód wykonać powtórnie czasową resekcyję podług Langenbecka, w ten sposób dostać się do otworu okrągłego w czaszce, odłutować go i w ten sposób wydobyć resztkę nerwu tkwiącego w samym kanale kostnym, wychodząc z tego stanowiska, że skoro już po dwakroć wydobycie coraz daléj dośrodkowo położonych kawałków nerwu skutkowało i tym razem podobny zabieg skutkować powinien.

Dnia 6-go czerwca 1889 przystąpiłem zatem do tej operacyi, którą o tyle tylko zmienić zamyślałem, żeby razem z kością górnoszczękową wyważyć także i kawałek z łuku licowego a to w celu otrzymania lepszego przystępu do dna czaszki. Po wykrojeniu płatu i przepiłowaniu kości w kierunkach przez Langenbecka wskazanych pokazało się, że tym razem operacyja ta uskutecznić się nie da z powodu kostnin i zrostów, wywołanych pierwszą taką samą operacyją, i dla tego ułożyłem napowrót przednią część kości górnoszczękowéj, która się była oddzieliła od tylnéj przy usiłowaniach wyważenia całéj kości i przystąpiłem do drugiego założenia, t. j. do usunięcia stężenia szczęki dolnéj, aby chory mógł przynajmniéj usta otwierać, skoro nie było więcéj nadziei usunięcia napadów bólu newralgicznego. W tym celu przepiłowałem szczękę dolną tuż po nad jéj kątem prawym w sposób już poprzednio w innych celach przezemnie podany (Gazeta Lekarska, 1889, Nr. 6), a więc bez obrażenia błony śluzowéj jamy ust. Natychmiast dały się szczęki rozewrzeć, co też było w samą porę potrzebnem, gdyż chory zaczął trudniéj oddychać z powodu gromadzącéj się krwi w połyku po przepiłowaniu szczęki górnéj. Nie miałem wcale pierwotnie zamiaru wyłuszczenia wyrostka stawowego gałęzi szczęki dolnéj, gdy jednak się okazało, że rana resekcyjna pierwsza łączy się z drugą i przez to tworzy rozległą ranę jamistą, obawiałem się następowego obumarcia téj kości i dlatego odrazu ją wyjąłem, wycinając naturalnie zarazem kilka centymetrów nerwu żuchwowego, — a uczyniłem to tem snadniéj, ile że przez to uprościłem ranę i nadałem jéj lepsze warunki do wytamponowania gazą jodoformową, który to sposób uważam za najodpowiedniejszy do zapobieżenia sposoczeniu w nierównych i jamistych ranach osobliwie o ścianach przez tępe narzędzia poszarpanych.

Obydwie te operacyje zabrały dużo czasu i sprowadziły nie małe osłabienie chorego, co tembardziéj powiększało przykre wrażenie, jakiego doznałem ja i obecni podówczas koledzy, skoro się przewidywało, że właściwy cel operacyi, to jest usunięcie newralgii, osiągniętym być nie może.

Jakże przyjemną była dla nas niespodzianka, gdy nazajutrz przy wizycie lekarskiéj zastaliśmy chorego siedzącego w łóżku i z najwyższemi oznakami wdzięczności dziękującego za uwolnienie go od strasznych bólów i przywrócenie mu możności otwierania ust. Gojenie ran postępowało prawidłowo i szybko, gdyż w niespełna 2 tygodnie po operacyi mógł być chory przedstawionym w Towarzystwie Lekarskiem, a po dalszych dwóch tygodniach opuścił zakład prawie zupełnie wyleczony, bo tylko z małemi otworkami wypełnionemi bujną ziarniną.

Skoro wynik ten był dla mnie niespodzianką, przeto trzeba było sobie zdać sprawę, w jaki to sposób się stało, że bóle te znikły w zakresie tego nerwu, który wcale przy operacyi nie był tkniętym.

Najbliższym sposobem wyjaśnienia byłoby to, że ciężka operacyja w ogóle wpłynęła tutaj tak znacznie na system nerwowy, a więc i na chory nerw, iż i bóle w jego zakresie ustąpiły, jednak dwie okoliczności sprzeciwiały się temu w saméj istocie rzeczy już niepewnemu tłómaczeniu, a mianowicie raz to, że po ostatniéj, przed 2-ma laty przedsięwziętéj, również ciężkiéj operacyi bóle wcale nie ustąpiły były i powtóre, że wpływ taki mógłby działać tylko na krótki czas, a nie tak stanowczo, jak tutaj.

Rozmyślając nad tym przypadkiem, przypomniałem sobie spostrzeżenia poczynione przez chirurgów francuskich, a potwierdzone przez kilku operatorów niemieckich i polskich. Mianowicie dotyczyło to wycięcia kawałka nerwu środkowego (*n. medianus*), po którem utrzymały się ruch i czucie w zaopatrywanéj przezeń części ciała, postrzegane najprzód przez Nelatona, a następnie przez Laugiera, Richeta, Kraussolda, Küstera i naszego przedwcześnie zgasłego Szeparowicza, a które starano się wytłómaczyć w zakresie ruchu ową przez Létievanta podniesioną *motilité supplée*, w sferze zaś czuciowéj licznemi anastomozami pomiędzy nerwami obwodowymi kończyny górnéj istnieć mającemi (Broca, Richet).

Nie zdarzyło mi się jeszcze dotąd spotkać w literaturze lekarskiéj z doniesieniem dotyczącem podobnych spostrzeżeń w zakresie innych nerwów pomimo, że żadna część ciała nie nadaje się do tego tak bardzo, jak właśnie głowa, a tu znowu w szczególności twarz, gdzie sploty jednych zachodzą na rozgałęzienia nerwów sąsiednich, lub gdzie tak poważna liczba zwojów łączy w sobie pasma różnych pni nerwowych.

Wprawdzie nie wykazuje nam anatomija bezpośredniego połączenia końcowych nerwików gałęzi drugiéj z trzecią nerwu trójdzielnego tylko za pośrednictwem n. twarzowego, jednak niniejszy przypadek bardzo za tem przemawia. Nie umiałbym bowiem inaczéj sobie wyjaśnić ustąpienia nerwobólu po ostatniéj operacyi, podczas któréj, jak to wyżéj podano, nie mogłem dostać się wcale do otworu okrągłego, a tem samem do resztek pozostałych po dawnych resekcyjach drugiéj gałęzi, podczas gdy trzecią z innych powodów przypadkowo zmuszony byłem wyciąć. Co gdy tak jest, to przypadek ten staje się zarazem dowodem, że może wszystkie recydywy, w każdym razie pewna ich część, występująca po wycięciu nerwów, w których zakresie srożył się ból twarzowy, ma przyczynę w anastomozach pomiędzy pojedynczemi gałęziami

piątéj pary; czy anastomozy te należą do prawidła, czy też wytwarzają się tylko w pewnych danych razach, z tego przypadku rozstrzygnąć nie można, powinno to jednak pobudzić do dalszych w tym kierunku postrzeżeń i badań.

W końcu nie mogę zataić wrażenia, jakiego doznałem przy postrzeganiu niniejszego przypadku, a mianowicie, że fakt ten rzuca światło na zachowywanie się chirurga wobec takich uporczywych recydyw; to, co tutaj było następstwem prostego przypadku, możnaby bowiem podnieść na podstawie powyższego rozumowania do metody, i w razie uporczywéj recydywy bólu twarzowego, pomimo resekcyi jednéj z gałęzi nerwu trójdzielnego, przystąpić do wycięcia sąsiedniéj, którą pomówić można o podtrzymywanie przewodnictwa w bólem dotkniętych gałązkach.

II. Z kliniki chirurgicznéj Prof. Dra Rydygiera w Krakowie.

Skolijoza i jéj leczenie.

Nowy sposób ortopedycznego traktowania téjże.

Dr. Aleksander Bossowski,
I. Asystent kliniki chirurgicznéj w Krakowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 32).

Przekonany będąc, że gorset, choćby najlepiéj działający, sam przez się nie zdoła uleczyć skolijozy, nie przeceniam też wartości gorsetu mego pomysłu i, razem z noszeniem go, zalecam nadto chorym ćwiczenia mięśni tułowia, mięsienie i te inne środki, których zadaniem skrzepić układ mięśniowy i poprawić odżywienie ogólne. Jako przyczynek do leczenia ortopedycznego skolijozy, a nie jako odrębną, w sobie zamkniętą metodę, powierzam też zastósowanie gorsetu tego kolegom zawodowym, a czynię to tem śmieléj, że w przypadkach moich przez chore bez przykrości jest noszony i łatwo w fałdach wolniejszéj sukni się kryje, że ucisk wywarty na dość znaczną powierzchnię nie sprawia znaczniejszych dolegliwości albo niedogody, z którąby chorzy łatwo się nie oswajali. Zaletą jego niezawodnie jest i to, że nie sprawia, jak inne gorsety, zupełnego unieruchomienia tułowiu, lecz dozwala na pewne ruchy czynne, korzystnie na poprawę skrzywienia kręgosłupa wpływające.

Zalecane przez Lorenza opatrunki uciskowy i bocznie naciągający wywierają działanie zbliżone do gorsetu z elastycznem naciąganiem, przezemnie podanego, tak, że porównywając fotografije jego chorych z mojemi, nie trudno dopatrzeć się w dolnéj części mego gorsetu opatrunku bocznie naciągającego Lorenza.

To co osiągnął on już dawno, zakładając opatrunek na tułowiu przesuniętym umyślnie względem miednicy na lewo, osiągam w gorsecie moim za pomocą naciągania elastycznego drenem i w ten sposób wywartego przepychania tułowiu w stronę lewą. W obu razach odcinek lędźwiowy kręgosłupa zbacza na prawo, odcinek zaś piersiowy w lewo, ale gdy zboczenie to u Lorenza ma się dokonywać czynnie przez chorego, który dla ratowania zachwianéj równowagi prostuje się, w gorsecie moim następuje pod wpływem elastycznego przepychania tułowiu w stroną przeciwną. To czynne wyrównanie jednak skrzywienia kręgosłupa nastąpi rzeczywiście wówczas, gdy kręgosłup jest zupełnie ruchomy, albo został uruchomiony, a wtedy i zakładanie opatrunku podobnego, jak powiada sam Lorenz, jest niepotrzebnem. Jak to już widać na obrazach fotograficznych, działanie w moich przypadkach jest znaczniejsze i dopuszcza użycia mego gorsetu bez poprzedniego redressowania skrzywienia, gdy przeciwnie opatrunek Lorenza ma tylko znaczenie pomocnicze przy redressowaniu skrzywienia kręgosłupa przez zawieszanie boczne. Nieznaczna wysokość opatrunku, sięgająca tylko do wysokości kąta dolnego łopatki prawéj, a po lewéj stronie nawet nieco niżéj, którą podnosi Lorenz w swych opatrunkach, nie wydaje mi się być zaletą, bo w ten sposób wpływ bezpośredniego działania na skrzywienie skolijotyczne zostaje uchylonym. Gorset mój łączy w sobie oba zadania, które spełniać mają opatrunek bocznie naciągający i uciskowy Lorenza, a nadto wywiera jeszcze działanie redressujące skrzywienia skolijotyczne.

Wolfermann skonstruował ostatniemi czasy przyrząd do leczenia skolijozy służący w myśl zapatrywania swego na powstawanie skrzywień bocznych kręgosłupa. Pierwszym okresem skolijozy ma być według jego zdania skręcenie się kręgosłupa około osi podłużnéj, drugim zaś dopiero wygięcie boczne skutkiem tego skręcenia powstające. Przeciwko skręceniu temu działa też przedewszystkiem Wolfermann przyrządem swym, składającym się z górnéj piersiowéj i dolnéj miedniczéj części, połączonych tak, że górna może na dolnéj obracać się około osi podłużnéj kręgów, lub około osi sagitalnéj, jako też może się przesuwać w kierunku wysokości i w kierunku czołowym. Skręcenia przyrządu około osi podłużnéj kręgów dokonywa sprężyna spiralnie skręcona, któréj napięcie dowolnie można regulować i nadać skręceniu siłę 2—8 klg. Przez obracanie górnéj części przyrządu około osi strzałkowéj, jako też przez przesunięcie w kierunku czołowym można górnéj części tułowiu nadać dowolne położenie. Przesunięcie w kierunku wysokości służy do przedłużania przyrządu w miarę postępującego wzrostu chorego, jako też do podniesienia klatki piersiowéj w górę, celem zmniejszenia obciążenia kręgosłupa lędźwiowego. Po założeniu przyrządu na chorym ujawnia się zaraz działanie sprężyny spiralnéj i przyrząd mając punkt zaczepienia na żebrach usiłuje kręgosłup przez torsyję z płaszczyzny środkowéj wysunięty napowrót w takową wprowadzić. Wolfermann podaje, że osiągnął prawie przerażające wyniki i składa nawet w dowód świadectwo Lückego, który przyrządem tym miał się również posługiwać.

Brak wszelkiego podobieństwa w konstrukcyi przyrządu Wolfermanna z moim gorsetem zwalnia mnie od bliższego omawiania jego zasad, jako też nie obudzającéj zaufania teoryi, na któréj został oparty.

Dołączam opis kilku przypadków, w których zastosowałem gorset z elastycznem naciąganiem. Trzy przypadki przedstawiały skolijozę w kręgosłupie piersiowym z wypukłością na prawo, która u 2 chorych bardzo nieznacznie tylko się wyrównywała śród zawieszenia pionowego, w jednym przypadku zaś lżejszym wyrównanie znaczniejsze miało miejsce. Czwarty z opisanych tu przypadków dotyczy skolijozy krzywiczéj, prawie zupełnie ustalonéj.

I. A. G. lat 16 z Chrzanowa. Z ważniejszych chorób przebywała zimnicę, która miała trwać dwa lata. W rodzeństwie nikt nie obciążony skolijozą. Od 12-go roku zajmuje się szyciem. Skrzywienie zauważyła przed 3-ma laty.

Indywiduum wzrostu mniéj niż średniego, licho odżywione, blade; menstruacyja od 15-go roku życia. Wysokość ciała wynosi 143 ctm.

Skolijotyczny tułów przesunięty na miednicy na prawo, prawa połowa klatki piersiowéj wystercza znacznie w tył,

kontury boczne okazują po lewéj stronie wklęsłość, po prawéj wypuklenie odpowiednie (Fig. 1.) Wcięcie kibici prawe zagłębione, od szczytu jego ciągnie się wybitny fałd poprzeczny Wcięcie kibici lewe wygładzone, kończyna górna lewa przylega do biodra, między ramieniem a boczną ścianą powstaje wązka szpara. Kończyna górna prawa zwisa wolno. Grzebień kości biodrowéj prawéj wygładzony, lewe biodro wystercza. Linija wyrostków kolczastych zbacza od linii środkowéj na prawo w łuku znacznym od 2-go piersiowego kręgu począwszy aż do 11-go kręgu piersiowego, 12-sty krąg piersiowy jest bez zmiany. Odległość 6-go i 7-go kręgu piersiowego od linii środkowéj wynosi $3^1/_2$ cm. na prawo; odcinek lędźwiowy zatacza mniéj znaczny łuk na lewo, a odległość wyrostka kolczastego na szczycie krzywizny wynosi 18m m. Torsyja aparatem Mikulicza mierzona wynosi 10°. Łopatka prawa sagitalnie ustawiona sterczy mocno w tył, jéj kąt dolny wzniesiony znacznie ku górze, a odległość jego od linii środkowéj wynosi 9 cm.; odległość zaś brzegu wewnętrznego w wysokości grzebienia łopatki $6^1/_2$ cm. Łopatka lewa o konturach niewyraźnych ułożona jest w płaszczyźnie czołowéj, a kąt jéj dolny niżéj o $4^1/_2$ cm. ułożony od prawego, zmierza ku linii środkowéj tak, że odległość jego od linii środkowéj wynosi tylko 1 cm., podczas gdy odległość brzegu wewnętrznego w wysokości *spina scapulae* $3^1/_2$ cm. Bark prawy uniesiony ku górze, linia karko-barkowa prawa w środkowéj swéj części wydłużona, szyja po prawéj stronie wydaje się skróconą, bark prawy mniéj wyraźnie zaokrąglony. Głowa pochylona lekko na prawo, kręgosłup szyjny co do ustawienia wyrostków kolczastych nie okazuje ważniejszych zmian.



Fig. 1.

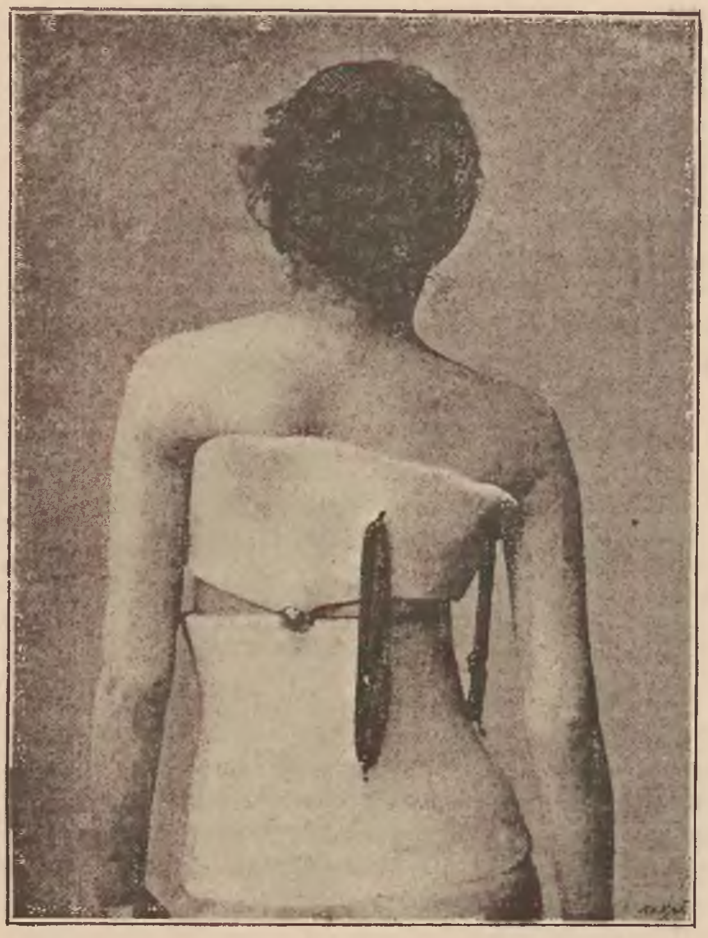


Fig. 2.

Obojczyk prawy nieco wyżéj ułożony i bardziéj ku przodowi podany, doł- nad i podobojczykowy prawy płytsze. Przypłaszczenie klatki piersiowéj po prawéj stronie od przodu wyraźne, sutek lewy sterczy silniéj ku przodowi niż prawy. Oś mostka zbacza nieco dolnym swym końcem na prawo od linii środkowéj. Odległość 10-go żebra po stronie prawéj od grzebienia kości biodrowéj wynosi 5 cm., po lewéj ta sama odległość 7 cm. Wysokość klatki piersiowéj, licząc od obojczyka do łuku żebrowego, wynosi po prawéj 20 cm., po lewéj 17 cm, *Spinae anteriores superiores* ustawione w równéj wysokości. również *spinae superiores posteriores.* Długość kończyn dolnych po obu stronach jednakowa.

Po zawieszeniu w aparacie suspensyjnym długość kręgosłupa od *vertebra prominens* do kości krzyżowéj wynosi 43 centim., ta sama zaś odległość przed zawieszeniem liczy 40 centim. Łuk skrzywienia piersiowego przypłaszcza się tak, że odległość wyrostków kolczastych kręgów szczytowych skrzywień wynosi teraz 18 milim. od linii środkowéj. Odległość wyrostka kolczastego 3-ciego kręgu lędźwiowego zmniejsza się też do 10 mm.

Po założeniu stanika z elastycznem pociąganiem przesuwa się tułów na miednicy na stronę lewą (Fig. 2). Wcięcie kibici prawe wydłuża się znacznie i staje się mniéj głębokiem, półksiężycowatem, kończyna górna prawa opiera się o biodro prawe silniéj wysterczające. Wcięcie kibici lewe zagłębia się wyraźnie, a kończyna lewa zwisa wolno ku dołowi tak, że trójkąt między bocznym konturem tołowiu a kończyną górną ku dołowi staje się otwarty. Biodro prawe silnie wysterczające, biodro zaś lewe wyraźnie zapadnięte. Stosunki łopatek zmieniają się tak, że odległość brzegu wewnętrznego łopatki od linii środkowéj w wysokości *spina* wynosi po prawéj stronie 5, po lewéj $4^1/_2$. *Sulcus paraspinalis* po stronie prawéj przypłaszcza się, bark lewy uniesiony jest ku górze, zboczenie wyrostków kolczastych w wysokości 6 i 8 kręgu piersiowego wynosi około 1 cm. na stronę prawą.

II. R. B. lat 13 z Oświęcimia. Ważniejszych chorób nie podaje. Przed trzema laty ukończyła naukę szkolną i zajęła się szyciem, które przez dłuższy czas do 8 godzin dziennie ją zajmowało. Przez kilka godzin szyje do dziś dnia. Od roku zauważyli rodzice skrzywienie, przeciw któremu zrazu dobrem odżywieniem, lekami wewnętrznemi i gimnastyką działano.

Dziewczę, jak na wiek swój wątło zbudowane i licho

odżywione. Wysokość ciała wynosi 137 cm. Tułów przesunięty znacznie na miednicy na prawo (Fig. 3).

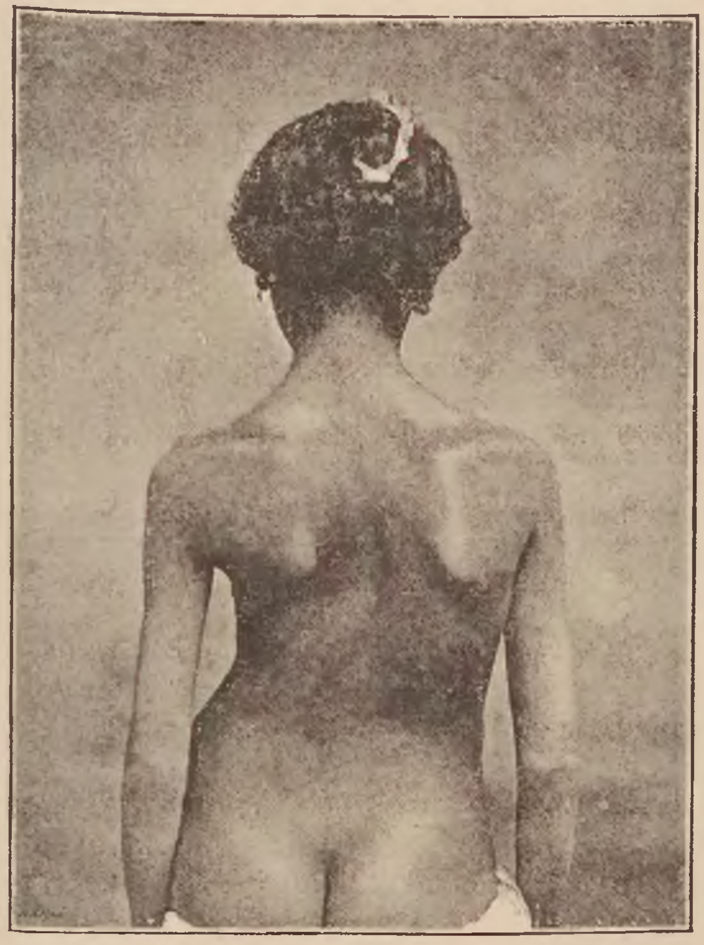


Fig. 3.

Prawa połowa klatki piersiowéj sterczy ku tyłowi, wcięcie kibici prawe wygładzone, półksiężycowate, trójkąt zawarty między kończyną a boczną ścianą tułowia otwarty ku dołowi, jego kąt wierzchołkowy mocno rozwarty, kończyna prawa zwisa wolno. Wcięcie kibici lewe pogłębione skutkiem wysterczania biodra lewego, o które opiera się kończyna górna lewa. Biodro prawe w konturach swych zatarte. Długość kręgosłupa od *vertebra prominens* do kości krzyżowéj wynosi 34 cm. Łuk skoiijozy w odcinku piersiowym sięga od 3-go piersiowego do 12-go, wypukłością zwrócony w stronę prawą, krąg piersiowy 7 i 8 stoją na szczycie skrzywienia. Krąg piersiowy 12 indyferentny. Odcinek lędźwiowy zbacza wypukłością na lewo, a krąg 3-ci lędźwiowy stoi na szczycie. Od 5-go szyjowego do 3-go piersiowego kręgu znajdujemy jeszcze lekkie zboczenie z wypukłością na lewo, w którego szczycie leży 2-gi krąg piersiowy. Odległość kręgu szczytowego krzywizny piersiowéj kręgosłupa od linii środkowéj na prawo wynosi 3 cm.; torsyja 9°, odległość 3-go lędźwiowego kręgu od linii środkowéj liczy 15 mm. Łopatka prawa uniesiona ku górze wraz z barkiem, kąt jéj dolny wyżéj o 1½ cm. ułożony od lewego, odległość kąta prawéj łopatki od linii środkowéj 9 cm., odległość brzegu wewnętrznego na wysokości grzebienia 7 cm. Kąt dolny łopatki lewéj zwrócony ku linii środkowéj, a odległość jego od niéj wynosi 32 mm., odległość brzegu wewnętrznego na wysokości *spina* 6 cm. Poniżéj łopatki lewéj bruzda od fałdu skórnego na boczną ścianę lewą klatki piersiowéj się ciągnąca. Linija karkobarkowa nie okazuje znaczniejszych różnic, porównywając stronę jedną z drugą. Głowa pochylona jest lekko na prawo. Obojczyki w równéj wysokości ułożone, oś mostka zbacza dolnym końcem nieco na prawo. Wymiar klatki piersiowéj skośny prawy liczy 17 cm., wymiar lewy skośny 14½ cm., wymiar strzałkowy prawy liczy 11 cm., strzałkowy lewy 11½. Odległość 10 żebra od grzebienia kości biodrowéj po prawéj 6 cm., po lewéj stronie 7 cm. Kolce przednie i tylne miednicy w równéj wysokości ustawione, miednica nie przedstawia zmian. Długość kończyn dolnych po obu stronach taż sama.



Fig. 4.

Po zawieszeniu choréj szczyt krzywizny piersiowéj zbacza 12 mm. od linii środkowéj na prawo, szczyt wypukłości lędźwiowéj 8 mm. na lewo, skrzywienie odcinka piersio-karkowego utrzymuje się po zawieszeniu ze zboczeniem 2-go piersiowego kręgu 6 mm. na lewo. Długość kręgosłupa od 7 kręgu szyjnego do kości krzyżowéj wynosi 37 cm.

Po założeniu gorsetu z elastycznem naciąganiem przesuwa się cały korpus na lewo (Fig. 4). Wcięcie kibici po prawéj wyraźnie się zagłębia, wcięcie kibici lewe ulega wygładzeniu. Prawe biodro i grzebień kości biodrowéj silnie wysterczają. Kończyna prawa oparta o biodro prawe. Lewe biodro wygładzone; kończyna lewa górna zwisa wolno. Bark lewy uniesiony ku górze, *sulcus paraspinalis* prawy wygładzony. Odległość brzegu spinalnego w wysokości grzebienia od linii środkowéj po prawéj 5 cm., ta sama odległość po lewéj wynosi 6 cm. Wyrostki kolczaste górnych kręgów piersiowych, o ile wzrokiem pod osłoną odciągniętego stanika skontrolować je można, zbaczają jeszcze o kilka mm. na prawo. Wyrostek kolczasty 12-go kręgu piersiewego przez rozstęp około zawiasy widziany zbacza nieco od linii środkowéj na lewo. Wysokość ciała w staniku podnosi się do 139 cm. (Dok. nast.)

III. Oceny i sprawozdania.

Bakteryjologija.

Lisicyn: **O zaraźliwości krwi koni i kotów chorych na nosaciznę.**

W kwestyi téj istnieją dotychczas sprzeczne zdania. Jedni twierdzą, że krew ta jest zupełnie niezaraźliwą, inni zaś odwrotnie. Autor przyszedł na podstawie swoich badań do następujących wyników: 1. Krew kotów i koni padłych na nosaciznę jest bezwarunkowo zaraźliwą. Krew bowiem taka przeszczepiona zdrowym kotom i koniom wywołuje nosaciznę. 2. Krew otrzymana bezpośrednio z serca zwierząt padłych na nosaciznę, przeniesiona na ziemniaki lub glycerynizowany agar, daje w termostacie przy 37° C. czystą kolonię bakte-

ryj nosacizny już w pierwszem pokoleniu. 3. Swoistość otrzymanych w ten sposób bakteryj udowadnia się zaszczepieniem tychże zupełnie zdrowym zwierzętom. 4 Że obecność bakteryj we krwi takich zwierząt nie jest przypadkową, dowodzą tego liczne doświadczenia przeniesienia tej krwi na pożywki. 5. Stałość i czystość kolonij, otrzymywanych z krwi wziętej ze serca padłych zwierząt, pozwala używać tego sposobu do rozpoznania nosacizny w razach wątpliwych. (*Wracz* 1889, Nr. 23). *A. W.*

Patologija.

Karczagin: **I. Wpływ zmniejszonego picia w znaczeniu Oertla u zdrowych na przyswajanie części azotowych pokarmów i przemianę azotową. II. Wpływ zmniejszonego picia w znaczeniu Oertla u zdrowych ludzi na utratę niewidoczną i na utratę wody przez ustrój.**

Wyniki do których przyszedł autor w swej pracy są następujące: I. a) Przy zmniejszeniu picia: 1. Zmniejsza się znacznie ciężar ciała. 2. Ulega zboczeniu stan podmiotowy badanych. 3. Zmniejsza się ilość moczu, a zwiększa się jego ciężar gatunkowy. 4. Polepsza się nieznacznie przyswajanie istot azotowych pokarmów i 5. Obniża się również nieznacznie ilościowo i jakościowo przemiana azotowa. b) W ciągu pierwszych 5 dni po powrocie do życia prawidłowego: 1. Ciężar ciała się zwiększa, przyczem w niektórych przypadkach nie dosięga jeszcze w ciągu tego czasu tej wysokości, w jakiej był przed doświadczeniem, u innych zaś przewyższa takową. 2. Stan podmiotowy polepsza się szybko. 3. Przemiana azotowa zwiększa się ilościowo w porównaniu ze stanem prawidłowym. 4. Jakościowo zostaje przemiana jeszcze obniżoną.

Wyniki drugiej pracy są: II. a) Przy piciu prawidłowem: 1. Ilość przyjętej wody równa się 48 grm. na 1 klg. ciała. 2. Ilość oddawanego moczu wynosi 2157 grm., a na 1 klg. ciała 35 grm. 3. Ilość wody przyjętej wewnętrznie przewyższa ilość moczu o 27·5% (na wagę). b) Przy zmniejszeniu picia w porównaniu ze stanem prawidłowym: 1. Zmniejsza się względna ilość moczu. 2. Zwiększa się znacznie stosunek procentowy utraty niewidocznej do wody przyjętej wewnętrznie. 3. Ustrój oddaje więcej wody niż jej przyjmuje; zmniejszenie więc picia jest dobrym środkiem moczopędnym. c) W ciągu pierwszych 5 dni po powrocie do życia prawidłowego: 1. Bezwzględna ilość moczu i wody moczowej jest jeszcze mniejsza, niż to bywa w stanie prawidłowym. 2. Procentowy stosunek moczu i wody moczowej do wody przyjętej jest również mniejszy. 3. Bezwzględna utrata niewidoczna, a również obliczona na 1 klgr. ciała, jest nieco wyższą niż w stanie prawidłowym; jest także wyższym stosunek procentowy do wody przyjętej. 4. Ustrój zatrzymuje wodę kosztem wody moczowej. (*Wracz* 1889, Nr. 20 i 23). *A. W.*

Dr. Szmid zbadał na 34 trupach zachowanie się nerwu błędnego przy zapaleniu włóknikowem płuc. W 26 przypadkach znalazł on nerw błędny patologicznie zmieniony po tej stronie, po której istniało zapalenie. Zmiany te polegały na zapaleniu miąższowem tkanki łącznej, nerw otaczającej. Same włókna nerwowe były zupełnie prawidłowe, w niektórych tylko razach istniało rozmnożenie się jąder osłonki Schwanna. Nie ulega wątpliwości, że zmiany w nerwie stały w bezpośrednim związku z zapaleniem płuc, występowały one bowiem w przypadkach zupełnie czystego zapalenia, zajmując tylko nerw po tej stronie, gdzie było zapalenie, a najbardziej były wybitnemi w pobliżu płuca chorego. Możliwem jest, że od tej zmiany w nerwie zależą niektóre objawy, występujące u chorych na zap. płuc, jak wymioty i niestosunkowość tętna i oddychania. (Dysertacyja 1889, Kazań). (*Wracz* 1889, Nr. 22). *A. W.*

Dr. Kulniew rozbiera w rozprawie swojej pytanie, na czem właściwie polega t. zw. *Lymphangoitis* przy pierwotnem stwardnieniu kiłowem. Zmiana ta przedstawia się klinicznie w kształcie twardego, niebolesnego, miejscami węzłowatego sznurka, przebiegającego w tkance podskórnej w kierunku sąsiednich gruczołów limfatycznych. Na podstawie 5 przypadków, które autor zbadał makro- i mikroskopowo, przychodzi do wniosku, że sznurek ten powstaje nie wskutek zapalenia naczynia limfatycznego, lecz zależy od zapalenia żyły i tkanki ją otaczającej. Ma to zatem być nie *lymphangoitis*, lecz *endo-* i *periphlebitis syphilitica.* Jest to więc początkowo zmiana kiłowa w zakresie naczyń krwionośnych. (*Wracz* 1889, Nr. 22). *A. W.*

Psychijatryja.

Prof. Gijovannangelo Limoucelli, psychijatra, obserwował 6 przypadków pomięszania zmysłów, które rozwinęły się wskutek nadmiaru pracy podczas przygotowywania się do egzaminów. Również i profesorowie Virgilid i Biruchi obserwowali cały szereg zboczeń nerwowych i psychicznych przez to samo wywołanych. Na podstawie tego zalecili oni Ministerstwu Oświaty, wyznaczenie komisyi, któraby zebrała daty, mogące wyjaśnić szkodliwość obecnego systemu szkolnego. (*La Riforma Medica*, 3 maja). *A. W.*

Farmakologija.

Dr. Mascarel dowiedział się przypadkowo o środku ludowym, używanym przeciw puchlinie wodnej. Jest nim nawłoć pospolita (*Solidago virgaurea*). Wypróbował ją autor w 2 przypadkach. W jednym była choroba serca i opuchlina odnóg dolnych; wady jednak zastawkowej nie było; w drugim puchlina wskutek zapalenia osierdzia przyrody gośćcowej. W obu przypadkach stosowana dyjeta mleczna i jodek potasowy, a w pierwszym i naparstnica nie przyniosły polepszenia. Nawłoć podawał autor w ilości 1—8 łyżek dziennie z świetnym w obu razach wynikiem. Proszek otrzymywał z łodygi, liści i kwiatów. (*Revue génerale de clinique et de therapeutique*, 30 maja). *A. W.*

Choroby wewnętrzne.

Prof. P. Baumgarten: **O powstawaniu gruźlicy.**

W najnowszej swej pracy podaje B. następującą teoryję powstawania gruźlicy: najczęstszą przyczyną gruźlicy jest nie wziewanie, lecz dziedziczne przeniesienie prątków gruźliczych. To przeniesienie na płód odbywa się albo za pomocą prądu krwi żył pępkowych (zakażenie wewnątrz-maciczne), lub przez wtargnięcie prątków do zapłodnionego jajka (zakażenie zarodkowe lub koncepcyjonalne). B. uważa nie tylko wytwarzającą się w pierwszych miesiącach lub w pierwszych latach po porodzie gruźlicę za wrodzoną, lecz nawet i tę, która występuje podczas dojrzewania płciowego, lub jeszcze później i to nawet wtedy, jeżeli nie rodzice, lecz ich rodzeństwo lub dziadkowie dotknięci byli gruźlicą, gdyż u rodziców samych gruźlica mogła się znajdować w ukryciu, a nawet przypuszcza autor, że gruźlica przez kilka rodów może przenosić się w stanie ukrytym, a później nagle u jednego z potomków na nowo wybuchać. Prątki gruźlicze lub ich zarodniki przeniesione na płód prowadzą dopóty *„vitam minimam,“* dopóki nie przezwyciężyły oporów sprzeciwiających się ich rozmnażaniu, co następuje po krótszym lub dłuższym czasie po porodzie, lub nawet dopiero w jednem z następnych pokoleń. (*Wien. klin. Woch.* 1889, Nr. 25). *Dr. Baschkopf.*

Prof. Korányi (Budapeszt): **Przyczynek do leczenia duru brzusznego.**

Na 91 durowych, leczonych w klinice Kor. umarło 6 ciu=6·7%, mianowicie trzech wskutek przedziurawienia jelit, jeden z powodu obustronnego zgorzelinowego zapalenia ślinianki przyusznej, jeden wskutek zgorzeli płuc, a jeden z powodu ciężkiego zap. nerek tak, że powiedzieć można, ze na dur żaden nie umarł, tylko na powikłanie. K. tylko wtedy używa środków przeciwgorączkowych, jeśli ciepłota przekracza 39° i zbliża się do 40°. Jeżeli środek przeciwgorączkowy jast wskazany, to daje w ogóle pierwszeństwo lekom wewnętrznym dla tego, że w klinice służba i tak jest bardzo obarczoną i tylko w rzadkich przypadkach ucieka się do mozolnych zabiegów wodoleczniczych. K. jednak nie odmawia bynajmniej skuteczności kąpielom, których używa wtedy, jeżeli gorączka przy groźnych objawach już w pierwszych dniach dochodzi lub przekracza 40°, gdzie występuje rozdrażnienie nerwowe, majaczenie, bezsenność, światłowstręt i t. d., gdzie już w początku istnieje drażliwość serca, objawiająca się niestosunkowo częstem tętnem. Hydroterapii używa dalej u chorych, okazujących wcześnie już znużenie nerwów naczyniowych z tętnem dwubitnem, dalej u przyzwyczajonych do zimnej wody, wreszcie u tych, którzy z jakiegokolwiek powodu nie znoszą środków przeciwgorączkowych. W tych przypadkach działają kąpiele stosownie do stopnia i sposobu użycia jużto uspakajająco na ośrodki nerwowe, już też pobu-

dzająco na nerwy obwodowe i odruchowo na unerwienie narządów, prócz tego przez wpływ na naczynia skórne także na krążenie krwi. Natomiast nie używa K. zimnych kąpieli u chorych bardzo niedokrewnych lub bledniczych, u silnie nerwowych, a wycieńczonych pracą umysłową lub przez wybryki, u obawiających się kąpieli, czujących się w nich lub po nich niedobrze, daléj u takich, którzy mieli znaczne krwotoki, lub którym grozi chrypka i obrzęk krtani, u osób bardzo otyłych, skłonnych do zapadu, lub gdy się nie rozporządza posługą, na którejby polegać można. Z środków przeciwgorączkowych używa K. antipyrynu, antifebrynu, przetworów salicylowych i chininu. Jeżeli są silne bóle głowy, krzyżów lub kończyn, jeżeli w pierwszym lub drugim tygodniu stwierdza bardzo silną czynność serca z tętnem dużem, jeśli wskutek krwotoków lub przyczyn wymienionych przeciwwskazane są kąpiele, wtedy używa środków przeciwgorączk. Natomiast zarzuca je, jeśli objawy trawienia wskazują na cierpienie błony śluzowéj żołądka, na wrzód durowy lub krwawą nadżerkę, jeżeli po nich biegunka się wzmaga lub występuje silne osłabienie serca. Opierając się na tych doświadczeniach, zadawalnia się K. obniżeniem sprawy durowéj do „duru lekkiego“ i sprowadzenia najwyżéj jedno lub dwugodzinnéj apyreksyi. Jako dalszą zasadę uważa K. wyśledzenie oddziaływania chorego na środki przeciwgorączkowe, dla tego leczenie należy rozpocząć małemi dawkami. (*Wien med. Blätter* 1889, Nr. 24).

Dr. Baschkopf.

Ze względu na to, że wielu badaczy twierdzi, iż nieprawidłowa budowa klatki piersiowéj jest ważnym czynnikiem usposabiającym do gruźlicy, zbadał Dr. Maszkowski tę kwestyję i uskutecznił pomiary klatki piersiowej u 275 ludzi zdrowych i u 275 suchotników. Wyniki do których przyszedł są następujące: 1. Nie może być mowy o jakiéjś budowie klatki piersiowéj charakterystycznéj dla suchotników. 2. Zmniejszenie wymiarów klatki piersiowéj u suchotników jest zjawiskiem następowem, zależnem od większego lub mniejszego stopnia rozwoju choroby. (?) Ostatni wynik uzyskał autor na podstawie badań suchotników, u których istniało dobre odżywianie i suchotników, będących w okresie zupełnego rozwoju gruźlicy z odżywieniem podupadłem. Pomiędzy 1-szymi była ilość prawidłowych klatek piersiowych taka sama jak i pomiędzy zdrowymi, u 2-gich zaś była znacznie większą. Co się tyczy suchotników z dziedziczną i nabytą gruźlicą, to Dr. Maszkowski nie znalazł między nimi prawie żadnéj różnicy. Z badań tych wynika zatem, że budowa klatki piersiowéj pod względem ilościowym odgrywa tylko rolę drugorzędną w etyjologii gruźlicy. Ważniejsze są inne warunki. (*Dysertacyja.* Petersburg 1889). (*Wracz* 1889, Nr. 22). *A. W.*

Dr. Janowski z kliniki prof. Tritschela w Kijowie zbadał krew chorych na dur brzuszny na obecność w niéj prątków. W doświadczeniach na 27 chorych przeszczepiał ich krew na żelatynę. Przeszczepień takich dokonał 236 i ani razu nie otrzymał kolonij prątków. Na podstawie tego twierdzi on, że prawdopodobieństwo znajdowania się prątków we krwi chorych na dur brzuszny jest tak małe, że badanie takie nie ma znaczenia dla rozpoznawania téj choroby. (*Centralblatt für Bacteriologie und Parasitenkunde*, 10 maja). *A. W.*

Dr. Fichtner opisuje 3 przypadki nowéj choroby z ostrym przebiegiem, które spostrzegał w klinice prof. Hoffmana. Choroba ta odznaczała się: 1. Ostrym początkiem przy umiarkowanych ogólnych objawach (ból głowy, zawrót głowy, brak apetytu i niewielka gorączka). 2. Powiększeniem śledziony, które występowało w 2-gim lub 4-tym dniu choroby, przyczem w 2 przypadkach istniała nadczułość brzucha, a w 3-cim miernego stopnia zapalenie oskrzeli. 3. Wyzdrowieniem, które następowało po kilku dniach. Zwykle w bardzo lekkich przypadkach duru brzusznego nadają decydujące znaczenie obrzękowi śledziony, gdy tymczasem Dr. Fichtner na podstawie literatury twierdzi, że taki obrzęk występuje dopiero w dalszym przebiegu duru. Autor zapytuje, czy nie należy oddzielić podobnych przypadków znacznego obrzęku śledziony, połączonego z lekkim przebiegiem choroby w osobną grupę. Zapewne, że przypadki podobne są częste, lecz tylko rozpoznają się zwykle jako dyspepsyja, ostry nieżyt żołądka etc. Prof. Hoffman podaje ze swéj strony, że spostrzegał małą epidemiję téj choroby w jednéj rodzinie i odniósł wrażenie, że choroba ta jest zupełnie swoistą i szczególnie typowo przebiega u dzieci. (*Deutsches Archiv für klinische Medicin.* T. XIV).

A. W.

Choroby nerwowe.

A. Peyer: **O zachowaniu się moczu w przebiegu nerwic.** Zboczenia w unerwieniu nerek sprowadzają różne zmiany ilościowe i jakościowe moczu. Najczęstszem z wszystkich nerwowych zboczeń czynnościowych nerki jest: I. *Polyuria* t. j. że chory podczas dłuższego lub krótszego czasu, z powodu pewnych zewnętrznych przyczyn usposabiających, lub też bez nich, oddaje niekiedy zadziwiającą ilość moczu jasnego czystego, nie zawierającego ani białka, ani cukru (*urina spastica, nervosa, diluta*). Według występowania klinicznego rozróżniamy dwie grupy nerwowéj *polyurii*: ostrą i przewlekłą; w ostréj występuje obfite moczenie tylko w poszczególnych dniach i tylko raz na dzień, w przewlekłéj zaś może ono trwać miesiące i lata. Jeżeli ciężar gatunkowy nieprawidłowo powiększonéj ilości moczu w przewlekłéj polyuryi nie jest zmniejszony, jeżeli więc istnieje także wzmożony wywóz składników stałych, nazywamy ten stan *Diabetes insipidus*, któremu bardzo często towarzyszy nadmierne pragnienie: *Polydipsia.* Przyczyny poliuryi są następujące: 1) wpływy umysłowe, 2) macicznica i neurastenija, 3) w następstwie pląsawicy, napadów padaczkowatych i migreny; 4) zmiany anat. ośrodk. układu nerwowego, choroby rdzenia przedłużonego, móżdżka i rdzenia pacierzowego; zranienia dna czwartéj komórki (*piqûre* Kl. Bernarda); 5) cierpienia narządów moczo-płciowych; 6) poliuryja może być także wrodzona i dziedziczna w pewnych rodzinach. Przy rozpoznawaniu nerwowéj poliuryi należy przedewszystkiem uwzględnić stan ośrodków nerwowych, t. j. mózgu i rdzenia pacierz., czynności całego układu nerw., następnie musimy wykluczyć szereg organicznych chorób nerek i pęcherza, jak: cukromocz (uważamy na c. g. moczu i obecność cukru), marskość nerek (wałeczki moczowe, białko, przerost serca), przewlekłe zapalenie miedniczek nerkowych (pyuryja i ilość białka większa niż to odpowiada pyuryi), drażliwość pęcherza moczowego (kilkakrotne mierzenie ilości oddanego moczu przez 24 godzin), silne rozszerzenie ścian pęcherza przez obficie nagromadzony mocz zapasowy, n. p. w następstwie przerostu grucz. krok.; w końcu ważne jest jeszcze rozróżnienie poliuryi a polidypsyi: zwykle jest w moczówce pojedynczéj poliuryja pierwotną, a polidipsia następową. II. Drugiem nerwowem zboczeniem czynnościowem nerek jest *Anuria* i *Oliguria* i prawdopodobnem jest, że jak nerwowa poliuryja tak i histeryczna oliguryja zawdzięcza swe powstanie zmianom nerwów nerkowych, a w szczególności podrażnieniu n. trzewiowego. Tu należy *Anuria toxica* n. p. w kolce ołowianéj, w któréj trucizna nadmiernie drażni n. trzewiowy, przez co powstaje zwężenie tętnicy nerkowéj; w podobny sposób tłomaczy Cohnheim oliguryję w rzucawce rodzących. Tu w końcu należy współczulny bezmocz zdrowéj nerki, po zranieniu drugiéj. Od nerwowéj anuryi i oliguryi musimy odróżnić: 1) bezmocz i oliguryję, występującą często na początku rozlanego zapal. nerek (gorączka, białkomocz, ciałka krwi czerwone, białe, wałeczki moczowe); 2) oliguryję lub bezmocz po nagłem zatkaniu jednego lub obu moczowodów przy ruchoméj nerce. III. Nerwowy białkomocz; przydarza się on: 1) w wszystkich chorobach mózgu i rdzenia pacierzowego; 2) w ogólnych neurozach, jak w padaczce, tężcu, nie mniéj w kolce ołowiowéj; 3) w chorobach narządów płciowych (białkomocz nerkowy, jako współczulny objaw chorób pęcherza i grucz. krok.); 4) w przygnębiających wzruszeniach umysłowych. IV. *Melituria nervosa* i to w chorobach nerw. zarówno ośrodkowych jak obwodowych, a ponieważ u zwierzęcia przez przecięcie nerwu kulszowego możemy sprowadzić sztucznie melituryję, więc wykazane jest doświadczalnie nerwowe pochodzenie tego zboczenia. V. *Choluria nervosa;* przez to rozumiemy dostanie się znaczniejszych ilości żółci do krwi z jakiegolwiek powodu, wskutek czego wydziela się z moczem barwnik i kwasy żółciowe, a przeszkodą w wydzielaniu żółci może być oprócz chorób wątroby także wpływ nerwowy; spotykamy choluryję nie tylko w chorobach ośrodk. układu nerw., ale w wszystkich tych zabiegach, które sprowadzają skurcz tętnic brzusznych

n. p. drażnienie nerwu trzewiowego i nn. wątrobowych, które zawierają włókienka sympatyczne. VI. *Phosphaturia*, przez co rozumiemy wydzielanie się moczu słabo kwaśnego, obojętnego albo zasadowego, który najczęściej już białawo mętny wydostaje się z pęcherza, a po odstaniu natychmiast tworzy silny osad, złożony z fosforanów ziem. VII. *Oxaluria nervosa*; napotykamy kwas szczawiowy wtedy, jeżeli zostaje w większéj ilości wytwarzany, lub jeśli ostatni szereg utlenienia kw. moczowego nie odbywa się w zupełności, t. j. przemiana kw. szczawiowego w kw. węglowy i wodę. VIII. Indykan i indygo napotykamy u onanistów, po rozdrażnieniu płciowem, w chorobach ośrodk. ukł. nerw., a szczególniéj w *Meningitis cerebrospinalis.* Ilość indykanu zwiększa się w wszystkich chorobach, które łączą się z niedrożnością jelita cieńkiego. IX. Przypadkowe domieszki chorobowe; i tak znajdujemy w moczu obficie śluz, wydzieliny dodatkowych gruczołów płciowych, nasienie, nitki cewkowe itd. (*Samml. klin. Vortr. Volkmanna* 1889, Nr. 341). *Dr. Baschkopf.*

Prof. White (Londyn): **Przyczynek do patologii choroby Basedowa.**

Przez długi czas głoszone zapatrywanie, że trzy główne objawy choroby B.: obrzmienie gruczołu tarczykowego, wytrzeszczak i przyspieszona czynność serca, mają przyczynę w zajęciu nerwu współczulnego szyjnego, nie może się już obecnie utrzymać, gdyż w wielu przypadkach wybitnéj choroby B. stwierdzono, że ta część układu nerwowego jest zupełnie niezmienioną. Moebius ogłosił hypotezę, że zboczenia w chorobie Basedowa stoją w ścisłym stosunku do śluzakowatego obrzęku i że przyczyną obu chorób jest zmiana chemiczna, z powodu przemiany gruczołu tarczykowego. W ostatnich czasach coraz bardziéj rozpowszechnia się zapatrywanie, że przyczyną choroby B. są zmiany w środkowym ukladzie nerwowym; rzeczywiście wykazują spostrzeżenia kliniczne, że choroba ta często wikła się z chorobami układu nerwowego, jak z padaczką, nerwobólami, migreną, oftalmoplegiją; według Savagea z maniją, zadumą, ogólnem porażeniem. Należy się spodziewać, że gdyby się udało wykazać zmiany w mózgu, to tyczyłyby się one podstawy czwartéj komórki, gdyż w żadnem innem miejscu ustroju nie napotykamy równie ważnych nerwów i ośrodków nerwowych blisko siebie ułożonych, których uszkodzenie mogłoby tłomaczyć objawy choroby B. i często nagle występującą śmierć chorych. Sattler przypuszcza, że umiejscowienie choroby znajduje się w rdzeniu przedłużonym, blisko odejścia n. błędnego. Filehne wywołał u zwierząt przez przecięcie ciałek sznurkowatych (*c. restiformia*) kardynalne objawy choroby B. Jednak we wszystkich dotychczasowych spostrzeżeniach brak ścisłego dowodu istnienia zmian w rdzeniu przedłużonym, dla tego pouczającym jest przypadek W., który takie zmiany wykazał. Przy oględzinach pośmiertnych 31-letniéj kobiety, okazującéj za życia objawy choroby B., wykazał W. między innemi następujące zmiany: gruczoł tarczykowy jednostajnie w wysokim stopniu powiększony; serce, ważące 11 uncyj, nie przedstawiało zwyrodnienia tłuszczowego; część szyjna nerwu współczulnego zupełnie prawidłowa; w rdzeniu pacierzowym obok kilku drobnych świeżych wybroczyn nic nieprawidłowego. Bezpośrednio pod dolną powierzchnią rdzenia przedłużonego, o tyle na zewnątrz od linii środkowéj, o ile ciałka sznurkowate sięgają, liczne wybroczyny, których nie brak na żadnym przekroju aż do dolnéj części wodociągu Sylwiusza. Opierając się na tem, twierdzi W., że choroba Basedowa ma przyczynę w zmianach pewnych części podstawy czwartéj komórki. W chorobach gorączkowych wprawdzie (wspomniana chora dostała w końcu życia zapalenie płuc) wytwarzają się drobne wynaczynienia w mózgu, w opisanym przypadku na podstawie czwartéj komórki, która jako siedziba choroby była może najsłabszą częścią mózgu. (*Wien. med. Blätter* 1889, Nr. 24). *Dr. Baschkopf.*

Dr. Gorecki podaje pierwszy, jak się zdaje, przypadek śmiertelnego pogorszenia po wieszaniu dotkniętego wiądem rdzenia pacierzowego. Chory, 40 lat liczący, wyczytawszy w gazetach o leczeniu za pomocą wieszania, kupił sobie potrzebny przyrząd i bez porady lekarza zaczął go stosować. Codziennie wieszał go służący na 2—3 minut. W ciągu pierwszych 7-miu dni wystąpiło zwykłe polepszenie, 8-go dnia jednak chory stracił nagle słuch i mowę. Przywołany do chorego Dr. Callamani mógł tylko obserwować szybki rozwój choroby, wieczorem bowiem nastąpiła utrata wzroku, porażenie szybko zajęło mięśnie odnóg górnych i piersi, a w 24 godzin po 8-em wieszaniu, chory umarł. (*The Practitioner*, 6-go maja). *A. W.*

Chirurgija.

E. Ullmann: (Wiedeń): **Prosty sposób wycięcia trzeciéj gałęzi nerwu trójdzielnego przy otworze jajowatym.**

Skreśliwszy szczegółowy opis dotychczasowych sposobów t. j. Pancoasta, Credégo, Krönleina, Salzera, Bergmanna, Mikulicza i własny dawniejszy, podaje U. krótszą drogę celem dotarcia do otworu jajowatego: chory leży z głową lekko ku stronie zdrowéj skręconą; w narkozie chloroformowéj prowadzi się cięcie łukowate od dolnego brzegu ślinianki przyusznéj (więc prawie $1\frac{1}{2}$ ctm. powyżéj kąta żuchwy), idące po nad tętnicą szczękową zewn. tak, że oba końce cięcia leżą na brzegu żuchwy, a łuk 2 mm. pod żuchwą; cięciem tem przecina się tylko *n. subcutaneus colli supremus.* Dostawszy się tak do żuchwy, oddziela dolną część grucz. przyusznego od *fascia parotideo masselerica* na tępo i unosi gruczoł hakiem ku górze. Posuwając się wzdłuż wewnętrznéj powierzchni kości, oddziela mięsień skrzydlasty zewn. od jego przyczepienia się do kąta żuchwy i wtedy czuje języczek (*lingula*) i można dobrze odsłonić nerw szczękowy i nerw językowy, który można nieco odosobnić. Za pomocą wprowadzonego narzędzia do podwiązania przymocowuje nitkę do powierzchownéj części nerwu szczękowego, poczem go przy otworze szczękowym przecina. Nerw ten służy odtąd jako drogowskaz celem dostania się do otworu jaj. Preparując wzdłuż niego, widzi się jego skośny przebieg ku górze i środkowi i odchodzący od niego odcięty *n. mylohyoideus.* Oddzielając luźną tkankę naokoło n. językowego, widzi się jego pień idący ku naciąganemu nerwowi szczękowemu i strunę bębenkową. Odcinając n. językowy środkowo od struny bębenkowéj, i obniżając ciągle jeszcze za drogowskaz używany n. szczękowy, można łatwo uczynić dostępnym otwór jajow. z wychodzącym nerwem; krwotok z splotu żylnego przy otw. jajow. można łatwo zatamponować gazą. Teraz wprowadza się tenoton wklęsły, ku powierzchni skrzywiony, guziczkiem na końcu opatrzony do otworu jaj. i wycina się całą III-cią gałęź, poczem można jeszcze małą łyżeczką ostrą, wprowadzoną do otw. jaj. wyskrobać resztki nerwu. Zabieg opisany przedstawia wobec innych sposobów centralnych neurektomii III. gałęzi n. trójdzielnego następujące zalety: 1) unika się znacznego zabiegu przedoperacyjnego, jaki ma miejsce w sposobach Credego, Krönleina, Salzera i Mikulicza przez wycięcie kości licowéj, względnie żuchwy; wycięcie kąta żuchwy, jeśli jest koniecznem, małe ma znaczenie; 2) znajduje się natychmiast n. szczękowy przy języczku i można go użyć jako drogowskazu celem dostania się do otw. jajow.; 3) Unika się przecięcia gałązek n. twarzowego i tem samem oszpecającego porażenia; jedynym nerwem, który się przecina jest *n. subcutanens colli supremus.* 4) Znaczniejszy krwotok jest niemożebny; *art. meningea med.* oddzieloną jest od nerwu wiotką tkanką tak, że ją można kopystką zupełnie przykryć; 5) blizna leży pod żuchwą, jest dość okrytą i nie oszpeca chorych; 6) unika się zupełnie zwarcia szczęk. Wkrótce po ogłoszeniu tego sposobu opisuje prof. Obaliński modyfikacyję postępowania Mikulicza, któréj użył w jednym przypadku nerwobólu trzeciéj gałęzi. Cięcie skórne prof. O. jest identycznem z cięciem U., tylko że potem przepiłowuje podokostnowo żuchwę poza mięśniem żwaczem; powierzchniom przekroju stara się prof. O. dać kierunek poziomy. (*Wien. klin. Woch.* 1889, Nr. 25). *Dr. Baschkopf.*

Dr. Corner odczytał na posiedzeniu Hunterion Society pracę o salolu, jako środku antyseptycznym w zastosowaniu do opatrunku ran. Obmywszy ranę 5% roczynem kwasu karbolowego, posypuje się ją znaczną ilością salolu i nakłada się zwyczajny opatrunek. Salol nie może wprawdzie powstrzymywać istniejącego już gnicia, działa jednak doskonale jako środek uniemożliwiający powstanie takowego. Posiada oprócz tego woń aromatyczną, przesiąka doskonale ciecza, tworząc zbity pokład; nie jest wcale trującym i nie drażni. Opatrunek można pozosta-

wiać przez dłuższy czas. (*The British Medical Journal*, 4-go maja). *A. W.*

Prof. Edington wykonał doświadczenia nad działaniem przeciwgnilnem sublimatu, kwasu karbolowego i hydronaftolu, używając ich o ile możności wśród tych samych warunków, jakie istnieją wśród opatrywania ran. Wyniki jego badań były takie, że kwas karbolowy i sublimat nie tylko nie są środkami przeciwgnilnemi, ale odwrotnie, usposabiają jeszcze do ropnicy i posocznicy, wytwarzają bowiem na powierzchni ran klejowate warstwy nekrotyczne, w których doskonale rozwijają się bakteryje. Sublimat do tego szybko się rozkłada, tworząc białkan rtęciowy, który łatwo może uledz wessaniu. Co się tyczy hydronaftolu, to ten według autora, jest „idealnym" środkiem przeciwgnilnym. Działa on silniéj od sublimatu i nie posiada własności drażniących i trujących. Dla obmywania ran najlepiéj jest używać rozczynu hydronaftolu w ciepłéj wodzie 1:300, albo rozczynu nasyconego w zimnéj wodzie (1:1000—1:1100). (*The British Medical Journal*, 11 msja). *A. W.*

Choroby weneryczne.

Dr. Jamison opisuje trzy przypadki, w których uporczywy trądzik (*acne vulgaris*), od choroby jajników zawisły, uleczono za pomocą bromku potasowego. Twarze chorych pokrywał trądzik w rozmaitych okresach rozwoju, od czarnych punkcików aż do blizn. Środki miejscowe, arszenik wewnętrznie i rozmaite środki uprzywilejowane najmniejszego nie sprawiały polepszenia. Chore cierpiały do tego na obfite miesiączki i jajniki ich były bolesne. Autor zapisał im bromek potasowy i po kilku tygodniach używania tego środka twarze ich zupełnie się oczyściły. Jednak, jak tylko ustawały używać bromku potasowego, trądzik zjawiał się na nowo. (*The Practitioner*, maj). *A. W.*

Dr. J. Startin radzi w trądziku (*acne vulgaris* i *rosacea)* stosować w ciągu 20—30 minut działanie na twarz silnego strumienia pary wodnéj (czystéj albo z dodatkiem środków leczniczych). Po takiem obmyciu należy twarz ostrożnie nacierać miękkim ręcznikiem. Para wodna oczyszcza zdaniem autora pory skóry i działa pobudzająco na jéj tkanki. Należy równocześnie stosować odpowiednią dyjetę, przetwory żelaza, kwasy roślinne, siarkan wapniowy, a także i maści z siarką i z cynkiem. (*The Lancet*, 11 maja). *A. W.*

Dr. Gold podaje przypadek wyleczenia nosacizny za pomocą rtęci. Chory 30-letni włościanin przyszedł do autora w szóstym dniu choroby. Rozpoznanie stwierdzono na podstawie badania bakteryjoligicznego i przeszczepienia ropy morskim świnkom. Autor przeciął wszystkie ropnie na skórze i obmył dokładnie sublimatem, prócz tego zastosował wcierania rtęciowe (każde po 2 gramy) 2 razy dziennie. Do tego postępowania skłoniło go pewne podobieństwo kiły do nosacizny, a także brak środka, któryby działał mniéj więcéj skutecznie w téj chorobie. Wcierań takich zrobił chory 68 w ciągu 3 miesięcy i po upływie tego czasu wyzdrowiał zupełnie. Jest to jedyny przypadek nosacizny w praktyce autora (a miał on 25 przypadków), który nie skończył się śmiercią. (*Medicinskoje obozrienije*, Nr. 8. *A. W.*

Dr. Bardet zaleca następujące środki usuwające woń obrzydliwą potu. 1. Przeciwko potowi nóg. Należy myć nogi wodą z mydłem w zimie co rano, a wlecie rano i wieczór, a po kąpieli obmywać je wyskokiem. Zmieniać codziennie skarpetki, posypując je przytem proszkiem następującego składu: *magnesiae ustae* 40 grm., *bismuthi nitrici basici* 45, *O.*, *kalii hypermanganici* 13·0 i *natrii salicylici* 2·0. 2. Przeciwko potowi tułowia (który czasami posiada woń obrzydliwą, szczególniej u kobiet rudych). Posypuje się całe ciało pudrem następującego składu: *Amyli orizae* 60·0, *bismuthi nitrici basici* 25·0, *kalii hypermanganici* 10·0 i *magnesiae ustae* 5·0. (*La Clinique*, 23 maja). *A. W.*

IV. Przyczynki do Epidemijologii Wschodu.

Zebrał

W. Jabłonowski.

(Dokończenie. Patrz Nr. 31).

Wszakże przy tych zmianach powietrznych ponownie można potwierdzić stare już zdanie, że zima nad Bosforem rozpoczyna się zwykle późno, że jednak od kilku lat spostrzega się widoczną zmianę klimatu, który staje się daleko prawidłowszym, stósownie do długości i szerokości geograficznéj okolicy. Tak, że jeżeli w ciągu pewnego szeregu lat trwać będą podobne pojawy, miejscowości nadbosforskie stać się mogą najwyborniejszemi stacyjami zdrowotnemi.

Wobec takiego stanu rzeczy, przypuszczenia o nieuniknionych epidemijach, jakiéjkolwiek one są natury, stanowią przedmiot ogólnéj obawy. Wszakże na teraz trwoga zmniejszyła się nieco. Zauważano bowiem tylko choroby właściwe porom roku wprawdzie z cechą bardzo wyraźną, daleko jednak od charakteru epidemicznego. Największą zaś uwagę zwrócono na dur brzuszny i bardzo częste zapalenie gruczołu przyusznego u dzieci uczęszczających do szkółek. Pierwszy z tych stanów chorobowych, jeżeli już nie nieznany, to przynajmniéj bardzo rzadki, od pewnego czasu jest tu częstszym i przedstawia skłonność stania się nagminnym, jak to wreszcie ma miejsce w innych wielkich miastach Europy, gdzie nagromadzanie się znacznéj liczby mieszkańców w przestrzeniach stosunkowo ciasnych, nędza i jéj następstwa, dostatecznie go tłumaczą.

Dur w Konstantynopolu zauważano przeważnie na przedmieściu zwanym „Pera". Zdawałoby się jednak, że ta część miasta zabudowana amfiteatralnie, dostępna dla wiatrów, powinna posiadać najlepsze warunki hygijeniczne i być najmniéj narażoną na choroby zakaźne. Na nieszczęście jednak tak nie jest. Ręka spekulujących stworzyła tu stan opłakany i z najpowabniejszéj okolicy uczyniła miejscowość brudną i najniebezpieczniejszą w stolicy. Bo gdy z każdéj strony rozkosznych tych tu wzgórz można było uczynić łatwy przystęp powietrza, wentylując, że tak powiem regularnym przerznięciem ulic, postąpiono sobie zupełnie przeciwnie. W prowadzeniu ulic, a zarówno też i w budowie domów, nie zachowywano żadnego planu. Zabudowywano się dowolnie bez zwracania uwagi na styl i gust i nieuwzględniając najprostszych zasad hygijeny. Wielką bardzo ilość gmachów zbudowano z kamienia. I tam to właśnie, gdzie się niedba o przestrzeganie przepisów zdrowotnych, zwykliśmy obserwować dur brzuszny i plamisty, dławiec, ospę i płonicę, gnieżdżące się tam stale pomimo wszelkich usiłowań niektórych właścicieli. Pospieszę jednak dodać, że dur w téj porze jest stosunkowo łagodny. Zdaje się, że brakuje mu owego epidemicznego geniuszka, któremu dawniejsi praktycy tak wielkie przypisywali znaczenie! Pewnem jest tylko, że pomimo licznych przypadków duru i najrozmaitszych sposobów leczniczych tu używanych, rezultaty okazały się dość pomyślnemi.

Godnem uwagi praktyków jest często tu uważane zapalenie gruczołu przyusznego, z tą jeszcze wyróżniającą cechą, że u wszystkich bezwarunkowo dzieci, tylko prawostronny ulegał chorobowemu zajęciu. Cierpienie szerzyło się wyłącznie w szkółkach, kierowanych przez księży i zakonnice i, nieuwzględniając płci, występywało przeważnie u dzieci w wieku od 5—9 lat. Umiejscowienie sprawy chorobowéj poprzedzał kilkogodzinny stan gorączkowy, w ciągu którego gruczoł stawał się bolesnym na dotyk, obrzmiewał i powłoki skórne całéj okolicy przybierały barwę ciemno-różowawą. Krótko trwałe bóle głowy, nadzwyczajna skłonność do snu, niekiedy wymioty, najczęściéj zaś biegunka, uzupełniały ten chorobowy obraz. Przebieg bywał łagodny. Dziecko pozostawione na parę dni w ogrzanym pokoju, wkrótce doznawało ulgi, pomimo, że dla usunięcia stanu zapalnego żadnych nieużywano środków. Zwykle w końcu piątego dnia bóle się zmniejszały, obrzmienie znikało, chwilową niestrawność zastępywał lepszy apetyt i dziecko mogło powrócić do szkoły. Co do powodów etyjologicznych, to wypada chyba uwzględnić działanie zimnych przeciągów powietrza i stałą wilgoć, w jakiéj dzieci muszą pozostawać w ciągu ich pobytu w szkółce. Najciekawszym jednak jest charakter udzielania się cierpienia. W domach bowiem, gdzie oprócz uczęszczających do szkoły były jeszcze mniejsze dzieci, tam bez wyjątku wszyscy ulegali temu stanowi, z tym jednak dodatkiem, że u małych dziewczynek sprawa chorobowa występywała obustronnie, lecz wtedy przebieg cierpienia bywał znacznie łagodniejszy.

Gdy przypadki duru zwykle kończyły się pomyślnie,

przeciwnie płonica liczne zbierała ofiary. I ona jednak nie miała charakteru epidemii ze względu, że zakaźny ten stan chorobowy jest tu zakorzeniony od dawna, wybucha stale w pewnych okresach dzięki brakowi wszelkich ostrożności, o których potrzebie przekonały się nareszcie i tutejsze władze. To samo da się powiedzieć i o dławcu, którego siła chorobowa również była dość łagodną i, wbrew zwykłym prawidłom, zakończenie się dość pomyślne. Niemniéj jednak należy stosować ścisłe środki ostrożności, zaprowadzić odwietrzanie domów i szpitali, ażeby o tyle, o ile podobna, zabezpieczyć się od następowych wybuchów strasznego tego cierpienia.

Obok tych stanów zakaźnych, zajmujących wysokie stanowisko w hierarchii epidemicznéj, zauważano także liczne przypadki zapaleń płuc do tego nawet stopnia, że była chwila wzbudzająca obawę rozwoju prawdziwéj ich epidemii. Ukazanie się ich w téj porze roku jest niezaprzeczonym dowodem wpływu, jaki wywierają zmiany powietrza na wcześniejsze lub późniejsze wystąpienie cierpień narządu oddychania, pozostających niejako w pewnym zależnym stosunku z pojawami meteorologicznemi. Przebieg zapaleń płuc również był łagodnym. Niemniéj jednak najrozmaitsze sposoby leczenia przedstawiają prawdziwy chaos. Do niedawna jeszcze upusty krwi stanowiły dominującą metodę. Dzisiaj gdy zakończenie się cierpienia jest niepomyślnem, wina bywa przypisywaną choremu i to z powodu, że pił za mało. Po upustach więc krwi przebywamy teraz epokę koniaku. Sposób podany przez Todda stosuje się tu jako rzecz modna, i choć nieraz sprowadza przykre rozczarowanie, to na to niezwykło się zwracać uwagi. Metoda odpowiednia do pewnego stopnia w chmurnym klimacie Londynu, tutaj jest jedną z najgorszych, z powodu łagodności klimatu i wstrzemięźliwości, jaką zachowuje ludność tutejsza względem napojów wyskokowych. Przypadki nagłych zejść, które tu zauważano w ostatnich paru tygodniach, wypada przypisać wadom głównego narządu krążenia, powstałym wskutek długotrwałych cierpień gośćcowych, których ilość jest tu bardzo znaczną. Częstość zaś ta należy od bardzo licznych przyczyn, głównie jednak od stanu hygrometrycznego atmosfery, wilgoci gruntowéj i szybkich zmian w stopniu ciepłoty. Największą też ilość przykładów gośćca spotykamy w pośród mieszkańców, mających swe domy nad morzem i wzdłuż wybrzeży Bosforu, gdzie powiększéj części rodzaj budowli rozmija się zupełnie z wymaganiami hygijeny.

Z pewną siłą panują tu dotąd nieżyty oskrzeli, żołądka i jelit, które słusznie można uważać za jedyne tu cierpienia nagminne, którym zwykle towarzyszą pojawy i powikłania, co do ich siły i natury chorobowéj nieco odmienne od zwykłego klinicznego obrazu, tak, że w wielu przypadkach nieżyt żołądka uważają za dur brzuszny. A znane są i takie przykłady, w których nieżyt jelit rozpoznano, jako cholerę lub zatrucie arszenikiem, (!) co też i było powodem nietrafiających się gdzieindziéj błędów.

Z tego ogólnie przedstawionego stanu ten można wyprowadzić wniosek, że dominującym w Turcyi stanem chorobowym, są na teraz przeważnie stany nieżytowe, dające się wytłómaczyć niezwykłemi tu pojawami meteorologicznemi. Co nam jednak zachowuje przyszłość? to wszelkie w tym względzie przypuszczenia okazują się zbytecznemi. Że jednak wszystko jest możebne, wszyscy też uzbrajamy się tutaj. Jedni z obawy wojny, drudzy w oczekiwaniu rozwoju téj lub owéj z chorób zakaźnych. Jedynie tylko pod względem polepszenia warunków hygijenicznych nic się tu prawie nie robi, pomimo, że cholera i dżuma zawsze nam grożą, wzniecając nawet obawę stania się nagminnemi w Europie, sądząc po niezwykłych kierunkach, jakiemi w ostatnich łatach zaznaczyły swój pochód. Wobec więc prawdopodobieństwa wojny lub epidemii, należałoby wymagać, ażeby pospieszono z zastosowaniem tu hygienijcznych środków ostrożności. Potrzebę ich bowiem rozumie cały ogół; rozumieją też i sfery rządowe. Lecz na nieszczęście ze strony tych ostatnich tylko pięknych teoryj użyto dla zadość uczynienia naglącéj kwestyi. Bo czego dotąd nie bywało w Turcyi, dzieje się właśnie teraz. Oto jeden z dygnitarzy pałacowych Dr. Mavroqeny-pasza. lekarz Sultana, senator bez teki, członek niezliczonych towarzystw naukowych, były profesor fizyjologii, ostatecznie mianowany jeneralnym inspektorem szpitali wojskowych (w stolicy oczywiście), zachwyca tutejszy światek tak zwanemi *Conferences sur Malaria.* Odbywają się one w szpitalu przy pałacu „Beylerbey“ i choć dostępne tylko dla szczupłego grona lekarzy, interesują jednak ogół, czytający je przedrukowane w miejscowych czasopismach. Przedmiot sam do tych nieznanych tu dotąd popularnych wykładów, został dobrze wybrany. Zdolny mówca rozwija w nich tak teoryję i zdobycze naukowe, jak również i swoje polityczne poglądy; podaje ciekawe biblijograficzne szczegóły, wykazując drogi geograficznych siedlisk i szerzenia się *Malarii.* Wszystko wreszcie sprowadziwszy do jednego mianownika, z senatorską turecką powagą wypowiada swe zdanie, że wszystkie nieszczęścia, jakie spadły na Turcyję, wypada przypisać postępom zachodniéj cywilizacyi. Jak jednak ostatnie zdanie, tak również i same *Conferences,* nie znajdą wielkiego rozgłosu. Epidemijologiczna zaś sytuacyja kraju o tyle z nich skorzysta, że myśl trwożliwie nam panującego zostanie na nią zwróconą, i wprowadzona w praktykę, wyda być może lepsze jak dotąd rezultaty.

V. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

L. 40366 **Okólnik c. k. Namiestnictwa**

do wszystkich pp. c. k. Starostów i Wpp. Prezydentów miasta Lwowa i Krakowa.

W celu usunięcia niektórych usterek, zachodzących w czterotygodniowych sprawozdaniach o przebiegu chorób zakaźnych, zarządza się na podstawie rozporządzenia wys. c. k. Ministerstwa spraw wewnętrznych z d. 1/6 1889, L. 9361 co następuje:

I. W myśl tut. okólnika z dnia 13/4 1889 r., L. 23.086 zwróci Pan baczniejszą uwagę tak w miastach jak i po wsiach na przypadki gorączki połogowéj, które zazwyczaj w sprawozdaniach czterotygodniowych są pominięte. W tym celu wyda Pan polecenie do wszystkich zwierzchności gminnych w powiecie, by o każdym przypadku gorączki połogowéj bezwłocznie Panu donosiły, przy czem należy o ile możności w danym przypadku starać się zbadać źródło zarazy. W każdym poszczególnym przypadku należy bezzwłocznie wykonać wszystkie te środki ostrożności, które się okażą koniecznemi, tak z ogólnego względu sanitarno-policyjnego, jako też i ze względu na postanowienia minist. rozp. z 4/6 1881. Dz. pp. 54 dotyczącego instrukcyi dla akuszerek.

II. W sprawozdaniach lekarskich przedkładanych z powodu epidemii ospy należy od delegowanych do epidemii lekarzy wymagać, by w swoich sprawozdaniach z większą dokładnością stwierdzali u każdego chorego, czy on był szczepiony i z jakim skutkiem, i aby tylko takie osoby w rubryce szczepionych umieszczali, u których osobiście wybitne blizny po szczepieniu sprawdzili.

III. Również polecam Panu baczniejszą zwracać uwagę na tut. rozp. z d. 16/6 1887, L. 15.388, którem zarządy szpitalne obowiązane są donieść o wszystkich przypadkach chorób zakaźnych, zaraz po przyjęciu zakaźną chorobą dotkniętego chorego do szpitala. W tym celu przypomni Pan zarządowi szpitali pomienione rozporządzenie, wzywając je do ścisłego wykonywania pod rygorem kar prawem ustanowionych. W każdym czterotygodniowym raporcie winien c. k. lekarz powiatowy uwidocznić cyfrę chorych leczonych na zakaźne choroby w szpitalach.

IV. Wreszcie zwracam uwagę Pana, iż w peryjodycznych wykazach czterotygodniowych należy wykazywać nie tylko błonicę (*Angina diphtheritica*), lecz także i dławiec czyli krup (*Angina cruposa*), lecz nie należy tych chorób odosobniać w wykazach. Lwów d. 28 czerwca 1889.

Badeni mp.

Rozpatrując kwestyję, czy fabryki naftowe mogą odpadkami swymi zarażać rzeki, przychodzi Dr. Burenin do wniosku, że nie może się to zdarzać przy racyjonalnem urządzeniu fabryk, tem bardziéj, że same odpadki posiadają pewną wartość. Dobywanie i przerabianie nafty nie wywiera szkodliwego wpływu na zdrowie robotników. Powstają u nich tylko często wysypki, które po $1\frac{1}{2}$—2 tygodniach same ustępują, i zależą więcej od błota naftowego, niż od czystych produktów naftowych. Zdarza

się także zapalenie skóry na twarzy u robotników zajętych wyrabianiem naftaliny. (*Wracz* 1889, Nr. 22). *A. W.*

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** 15 sierpnia. Otrzymaliśmy w przeszły piątek, t. j. w dniu, w którym już rozsyłamy *Przegląd Lekarski*, Odezwę Rady zawiadowczéj Towarzystwa lekarzy galicyjskich, odnoszącą się do zapobieżenia szkodom, jakie projektowane „Kasy dla chorych" najprawdopodobniéj wyrządzą stanowi lekarskiemu. Mieliśmy jeszcze czas do załączenia téj odezwy do *Przeglądu*, lecz już było niemożebnem wypowiedzenie naszego o niej zdania. Dziś więc oświadczamy, że zasady wyrażone w odezwie i sposób ich wprowadzenia w wykonanie, w całości podzielamy; Towarzystwo lekarzy galic. uważamy za jedynie powołane do wydania hasła samoobrony i nie pozostaje nam, wobec oświadczeń wypowiedzianych w Nr. 24 *Przeglądu*, jak tylko najgoręcéj zachęcić szan. kolegów, ażeby w imię dobrze zrozumianego interesu bytowego, jak i dla zasłonięcia godności lekarskiéj od pokus, szybko i jednomyślnie przystąpili do wszystkich postulatów odezwy, a w chwili stanowczéj wytrwale przy nich obstawali.

* Do d. 5 sierpnia bawiło gości kąpielowych w Krynicy osób 3346, w Żegiestowie 558, w Cieplicach czeskich do d. 7 sierpnia osób 5219.

* Komisyja sanitarno-techniczno-anministracyjna, wyznaczona przez p. Namiestnika w celu zbadania ogólnych stosunków hygijenicznych w Krynicy, (o któréj pisaliśmy w Nr. 29) rozpocznie swe obrady pod przewodnictwem starosty nowo-sądeckiego d. 4 września w Krynicy.

* W Warrington (Anglia) umarła kobieta z wścieklizny, któréj pierwsze objawy wybuchły w $2\frac{1}{2}$ lat po ukąszeniu przez psa wściekłego. (*The Lancet*, 6 lipca).

* Dr. Duhamel podaje przypadek szczególnego zbiegu okoliczności. Do szpitala przyszedł 57-letni mężczyzna, cierpiący na przerost wątroby, puchlinę brzucha i nóg. Chory nadużywał trunków wyskokowych. Wykonano punkcyję i wypuszczono 13—14 litrów cieczy, wkrótce jednak puchlina powróciła tak, że musiano powtórzyć operacyję i punkcyj takich wykonano 52. Chory podczas tego pozostawał mniéj więcéj w jednakowym stanie zdrowia. Podczas 53 ciéj punkcyi zapytał lekarza, czy ciecz wypuszczona z brzucha jest szkodliwą i twierdził, że jest pewny, iż wyzdrowieje, napiwszy się jéj cokolwiek. Autor pozwolił mu to, a chory wypił około 200 grm. téj cieczy. Puchlina więcéj już nie wróciła. (*Gazette médicale de Strasburg*, 1 maja).

* **Praga czeska.** D. 27 lipca odbyła się w Pilznie uroczystość, któréj doniosłość dla ogółu lekarskiego sięga po za granicę ziemi czeskiéj; społeczeństwo czeskie z kwiatem inteligencyi lekarskiej na czele uwiekopomniło niespożyte zasługi ś. p. prof. Dra Józefa Skody, umieszczeniem pamiątkowéj tablicy na domu najbliższym miejsca, na którem stała niegdyś rodzinna siedziba wielkiego lekarza i nauczyciela.

* **Paryż.** W d. 6 sierpnia w Quartier des Ecoles tętniło życie, którego rozmiary przekroczyły to wszystko, co ta ruchliwa dzielnica do téj pory zaznała: jednocześnie z rozpoczęciem wszystkich posiedzeń kongresów międzynarodowych, odbyła się wielka solenność inauguracyjna nowéj Sorbony. Na tę uroczystość młodzież paryska zaprosiła studentów tak wszechnic francuskich jak i zagranicznych; delegowani cudzoziemskich uniwersytetów przybyli niemal z całéj Europy, a nawet i Ameryki. Młodzież ta z rozwiniętym sztandarem na czele, wśród rozentuzyjazmowanych tłumów po trzygodzinnym marszu przez Paryż przybyła do mieszkania Pasteura, któremu publiczny złożyła hołd.

* **Rosyja.** Konferencyja akademii wojskowéj medycznéj petersburskiéj wybrała (9 maja st. st.) członkami honorowymi Kudrina (jednogłośnie) i prof. Kowalewskiego.

* Prof. Połotiebnow, który obecnie kończy 25-ty rok swojéj służby, został jednogłośnie wybrany na następujące pięciolecie. (*Wracz* 1889, Nr. 23).

* Konferencyja akademii wojskowéj medycznéj petersburskiéj mianowała Dra Zmiejewa docentem prywatnym historyi medycyny. (*Wracz* 1889, Nr. 23).

* W petersburskiéj akademii wojskowéj medycznéj zawakowały posady farmacyi (z farmakognozyją) i desmurgii. (*Wracz* 1889, Nr. 23).

* **Niemcy.** W mieście Meuss przybito na domie, gdzie urodził się znany fizyjolog i histolog prof. Edward Schwann tablicę z napisem: W tym domu urodził się Schwann w r. 1810 dnia 7-go grudnia. (*Wracz* 1889, Nr. 22). *A. W.*

* **Francyja.** Dr. Chevrier podaje, że w Saint Jean de Monts (Vendée) żyje dziewczynka 15 miesięcy licząca, która waży 40 klgr. i jest zupełnie zdrową. Wygląda ona na 16 lat.

* W *Progrès médical* podniesiono kwestyję postawienia w Paryżu pomnika Wels'owi, Mortou'owi i Warren'owi de la Rue, którzy pierwsi zaczęli używać znieczulania.

* **Turcyja.** Na całym obszarze posiadłości tureckich wraz z Egiptem jest 5 szkół lekarskich: 2 rządowe (w Carogrodzie i Kairze), trzy zaś założone i utrzymywane przez misyjonarzy (dwie w Beyrucie, jedna w Aintabie). Szkoła carogrodzka założona w r. 1833 przez sułtana Machmuda; początkowo językiem wykładowym był francuski, który do dnia dzisiejszego jest uprzywilejowanym, ale obecnie wykłady odbywają się po turecku; kurs trwa lat 6. Do téj pory szkoła ta wydała 1400 dyplomów. Szkoła w Kairze została założoną w r. 1827; kurs trwa lat 6 i 8 miesięcy; średnio wychodzi 20 lekarzy rocznie. W Kairze również zastąpiono język francuski arabskim. Szkoły misyjonarzy mają kurs 4-letni, wydają świadectwa z ukończonego kursu, ale dla nabycia prawa do praktyki wyzwoleńcy muszą poddawać się egzaminom w Carogrodzie, względnie w Kairze. Lekarze cudzoziemcy, posiadający dyplomy zagraniczne, muszą dla nabycia prawa praktyki poddawać się Colloquium, którego zadanie nie sięga daléj, jak tylko do nabrania przekonania, że osoba posiadająca dyplom, jest rzeczywiście lekarzem. Colloquium odbywa się po francusku, lub też w każdym innym języku, ale w takim razie przez tłumacza.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Medycynie* Nr. 31: Dr. Zieleniewskiego: Rys balneotechniki (dokoń.) Nr. 32.: Dr. W. Sztembartha: cztery przypadki otwarcia jamy otrzewnéj przy chorobach narządów rodzajnych kobiecych niezapalnego pochodzenia. W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 32: Dr. *W.* Biegańskiego: O leczeniu zapalenia opłucny przetworami salicylowemi. Dr. B. Ziembińskiego: O najnowszych poglądach co do wartości metody zawieszania chorego przy leczeniu zaniku nerwów wzrokowych. Dr. Julianes Aleksy: Przypadek zupełnego wrodzonego braku macicy i pochwy.

Redakcyja otrzymała:

Dr. W. ŁUKASIEWICZ: Intoxication durch subcutane Injection von oleum cinereum. (Z kliniki prof. Kaposiego. Odbitka z *Wiener klin. Wochenschrift.* Nr. 29, 30 1889 r.).

W zastępstwie redaktora: **Dr. A. Kwaśnicki.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.